



### Historial médico breve

Tipo de lesión para tratar \_\_\_\_\_ Fecha de lastimadura \_\_\_\_\_

¿Usted ha recibido fisioterapia para tratar la condición actual? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es que sí, ¿dónde la recibió? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una problema con cualquier de las siguientes condiciones?

CONDICIÓN	SÍ	N	CONDICIÓN	SÍ	N	CONDICIÓN	SÍ	N
LA DIABETES			MARCAPASOS			CIRUGÍA ANTERIOR		
UN EMBARAZO			IMPLANTES DE METAL			PROBLEMAS NEUROLÓGICOS		
CONVULSIONES			ALTA PRESIÓN DE SANGRE			TRASTORNO NERVIOSO		
EL CÁNCER			ATAQUE AL CORAZÓN (INFARTO)			RAYOS-X O RESONANCIA MAGNÉTICA		
PROBLEMAS INTESTINALES			PROBLEMAS RENALES			ALERGIAS CONOCIDAS		
VIH/SIDA			PROBLEMAS PULMONARIOS			ENFERMEDAD CONTAGIOSA		
LA HEPATITIS			INCONTINENCIA URINARIA			OTRA COSA:		

Si ha contestado "SÍ" a alguna de estas condiciones, favor de explicar y dar fechas aproximadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha usado drogas ilícitas? Favor, de ponerlas, póngalas en forma de listado aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Favor de escribir los medicamentos que esté tomando y la condición por la cual está tomándolos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Pacientes sin seguro médico o con seguro médico privado

Como cortesía, cobraremos su seguro, con tal de que tengamos las formas y la información necesarias. Si es que usted tiene un copago, un deducible o un saldo en su cuenta, el saldo restante se deberá entregar al momento de acoger su recibo de la confirmación para la fecha del servicio. Si usted tiene algunas preguntas en cuanto a esta norma, favor de pedir a la recepción en frente una copia de normas y procedimientos generales.

Firma de persona responsable

Fecha

### Pacientes sin la cobertura de HMO

La cobertura de HMO generalmente requiere aprobación de Utilization Review para que nuestros servicios se cubran. Las visitas se pueden o no se pueden cubrir, dependiendo de lo que determinen necesario el Utilization Review y su médico. También, hay una fecha de vencimiento asignada para las visitas aprobadas indicando cuándo las visitas se deben acabar. Cualquier terapia o tratamiento que usted reciba que no se haya aprobado llega a ser su responsabilidad financiera.

### Autorización para el descargo de la información médica y asignación de beneficios

Al firmar a continuación, yo autorizo cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación y el pago de los beneficios a Advanced Performance Physical Therapy para los servicios proporcionados. Además, yo solicito el pago de los beneficios del gobierno o a mí o a la persona que acepte esta asignación.

Firma de la persona responsable

Fecha